

309  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 5 Juin 1895, à 1 heure*

Par JULES DUPONT

Né à Reims, le 4 mai 1860.

DE

LA SCIATIQUE SPASMODIQUE

*Président : M. LANDOUZY, professeur*

*Professeur : M. HAYEM.*

*Agrégés : MM. { LUTZ.  
BRISSAUD.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 5 Juin 1895, à 1 heure*

Par JULES DUPONT

Né à Reims, le 4 mai 1860.

DE

LA SCIATIQUE SPASMODIQUE

*Président : M. LANDOUZY, professeur.*

*Professeur : M. HAYEM.*

*Agrégés : MM. { LUTZ.  
BRISSAUD.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

## FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

|                                                                    |           |                   |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                 | <b>M.</b> | <b>BROUARDEL.</b> |
| <b>Professeurs</b> .....                                           |           | <b>MM.</b>        |
| Anatomie.....                                                      |           | FARABEUF.         |
| Physiologie.....                                                   |           | CH. RICHET.       |
| Physique médicale.....                                             |           | GARIEL.           |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           |           | GAUTIER.          |
| Histoire naturelle médicale.....                                   |           | BAILLON.          |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         |           | BOUCHARD.         |
| Pathologie médicale.....                                           | {         | DIEULAFOY.        |
|                                                                    |           | DEBOVE.           |
| Pathologie chirurgicale.....                                       |           | LANNELONGUE.      |
| Anatomie pathologique.....                                         |           | CORNIL.           |
| Histologie.....                                                    |           | MATHIAS DUVAL.    |
| Opérations et appareils.....                                       |           | TERRIER.          |
| Pharmacologie.....                                                 |           | POUCHET.          |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             |           | LANDOUZY.         |
| Hygiène.....                                                       |           | PROUST.           |
| Médecine légale.....                                               |           | BROUARDEL.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    |           | LABOULBÈNE.       |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          |           | STRAUS.           |
|                                                                    |           | SÉE (G.)          |
| Clinique médicale.....                                             | {         | POTAIN.           |
|                                                                    |           | JACCOUD.          |
|                                                                    |           | HAYEM.            |
|                                                                    |           | GRANCHER.         |
| Maladies des enfants.....                                          |           | JOFFROY.          |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... |           | FOURNIER.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..                 |           | RAYMOND.          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                     |           | DUPLAY.           |
| Clinique chirurgicale.....                                         | {         | LE DENTU.         |
|                                                                    |           | TILLAUX.          |
|                                                                    |           | BERGER.           |
|                                                                    |           | GUYON.            |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     |           | PANAS.            |
| Clinique ophthalmologique.....                                     |           | TARNIER.          |
| Clinique d'accouchement.....                                       | {         | PINARD.           |

### *Professeurs honoraires*

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

### Agrégés en exercice.

| MM.          | MM.         | MM.               | MM.        |
|--------------|-------------|-------------------|------------|
| ALBARAN.     | DELBET.     | MARIE.            | RICARD.    |
| ANDRÉ.       | FAUCONNIER. | MAYGRIER.         | ROGER.     |
| BALLET.      | GAUCHER.    | MENETRIER.        | SCHWARTZ.  |
| BAR.         | GILBERT.    | NELATON.          | SEBILLEAU. |
| BRISAUD.     | GLEY.       | NETTER.           | TUFFIER.   |
| BRUN.        | HEIM.       | POIRIER, chef des | VARNIER.   |
| CHANTEMESSE. | JALAGUIER.  | travaux anatomi-  | VILLEJEAN  |
| CHARRIN.     | LEJARS.     | ques.             | WEISS.     |
| CHAUFFARD.   | LETULLE.    | QUENU.            |            |
| DEJERINE.    | MARFAN.     | RETTNER.          |            |

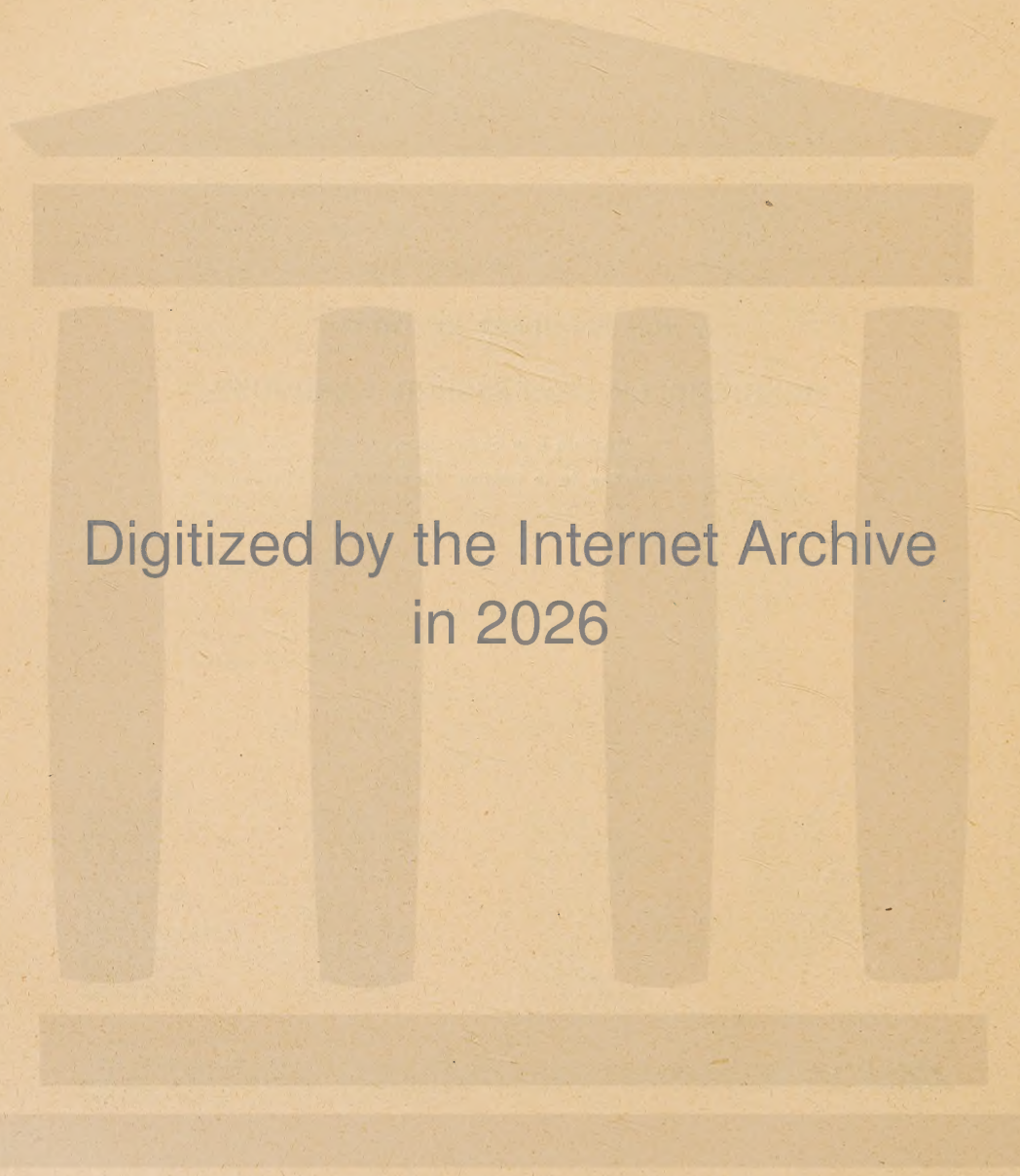
*Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.*

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY,

Médecin à la Salpêtrière,  
Chevalier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553820\\_0055](https://archive.org/details/IA41553820_0055)

## INTRODUCTION

---

Valleix signale les crampes et les secousses musculaires comme des phénomènes exceptionnellement liés à la sciatique. Il les considère comme appartenant toujours à des cas graves.

M. Brissaud, dans un important mémoire des *Archives de neurologie* (janvier 1890), attire l'attention sur des phénomènes spasmodiques d'un ordre différent : l'exagération des réflexes tendineux et la contracture. Il montre que ces phénomènes et la contracture surtout, peuvent prendre une réelle importance par les modifications qu'elles impriment au type classique de la maladie de Cotugno. Lorsque l'affection douloureuse occupe non seulement le territoire du nerf sciatique, mais encore le

domaine du plexus sacré, mais encore la sphère de distribution du plexus lombaire, la contracture peut s'étendre, elle aussi, à divers muscles qui puisent à cette double source leur innervation. Alors se produit une contracture permanente du carré des lombes et des obliques de l'abdomen du côté malade. De là une traction s'exerçant de ce côté entre le thorax et le bassin ; de là, par conséquent, une incurvation du rachis lombaire dont la concavité regarde le côté malade. Or la scoliose, quand elle accompagne le type habituel de la sciatique, présente précisément une incurvation de sens opposé, c'est-à-dire à concavité regardant le côté sain. On peut appeler cette dernière : *scoliose croisée*, tandis que la précédente est une *scoliose homologue*. Comme on le voit, la contracture, phénomène contingent de la sciatique, peut entraîner des conséquences très particulières ; c'en est assez pour justifier la description de la « sciatique spasmodique » à titre de variété intéressante.

Peu après le mémoire de M. Brissaud, paraît un article de M. Lamy, son élève, où sont rapportés deux nouveaux cas de sciatique spasmodique.

M. Lebon en avait recueilli, de son côté, une observation qu'il avait présentée à la Société clinique.

Nous avons collationné dans un article de Higier deux cas du même genre.

Enfin, nous avons trouvé dans le service de Charcot à la Salpêtrière une malade dont l'observation relatée par nous, sur les conseils du docteur Hallion, appartient à la même série.

Ces diverses observations que nous résumons à la fin du sujet, présentent la plus grande analogie avec celle que l'on doit à M. Brissaud.

La scoliose y revêt le type homologue que cet auteur a décrit.

Nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile de réunir ces quelques documents, ne fut-ce que pour montrer leur concordance.

Tel est le but de ce travail.

Nous rapportons dans un premier chapitre les symptômes spasmodiques décrits dans la sciatique.

Nous consacrons un chapitre particulier à la scoliose homologue souvent liée à la sciatique spasmodique telle que l'entend M. Brissaud.

Nous discutons ensuite brièvement la pathogénie des troubles spasmodiques que la sciatique fait naître.

Enfin nous résumons ce qu'offrent de particulier en pareil cas le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Qu'il nous soit permis, avant d'aborder notre sujet, d'adresser à M. le professeur Landouzy nos remerciements pour son extrême bonté.

Quoique inconnu de lui il a bien voulu prendre sous ses bienveillants auspices la présidence de cette épreuve inaugurale qui ne laissait pas de nous donner quelque embarras à trouver un juge, un maître aussi bienveillant qu'indulgent.

Car soit raison, soit pressentiment, notre peu d'habileté à concevoir, à ordonner et à exposer notre sujet nous faisait certainement craindre la censure méritée d'un maître inconnu de nous.

Si ce fut une bonne fortune pour nous d'entreprendre nos études médicales à Reims où des professeurs fermes, justes et bons à la fois, nous ont conduit comme par la main dans les premières années de nos études médicales, nous sentons aujourd'hui le regret d'avoir été privé, par la marche rapide de circonstances particulières, de l'enseignement plus suivi et plus recherché qu'on trouve dans les hôpitaux de Paris.

A tous nos anciens chefs de service de Reims MM. les docteurs Luton, Decès, Harman, Heurot-Levêque nous sommes heureux de pouvoir rendre aujourd'hui le témoignage d'une gratitude sincère.

A la mémoire du regretté docteur Gentilhomme, nous exprimons nos sentiments de reconnaissance et d'amitié respectueuse.

Pour M. le professeur Jaccoud et pour M. le docteur Danlos, qui, en nous recevant externe dans

leur service, nous ont rendu plus d'un bienfait, nous professons la plus haute estime.

Enfin ne pouvant faire couronner nos études par cette œuvre inaugurale devant nos anciens maîtres, nous avons prié M. le professeur Landouzy de nous accorder son appui et son indulgence, en lui demandant de vouloir bien accepter la présidence de cette thèse.

Nous pensions en effet qu'à défaut de titre personnel à sa recommandation, nous pourrions trouver en lui un esprit bienveillant et généreux, si nous osions nous prévaloir auprès de lui de notre qualité d'ancien élève de Reims. C'est avec ce seul titre que nous nous sommes permis d'adresser notre humble supplique à M. le professeur Landouzy dont le renom est porté si haut par l'école de médecine remoise. Son indulgence nous sera d'un grand besoin. Car malgré tous nos efforts nous n'avons pu présenter un travail plus digne d'un maître si accompli et si éminent.

Mais aussi que MM. Hayem, Lutz et Brissaud nous croient sincères en leur affirmant tous nos regrets de n'avoir pu suivre leur service de clinique où nous aurions, nous en sommes sûr, recueilli plus d'un enseignement utile.

Il est des instants où l'on se prend à regretter d'avoir été si brusquement séparé de tels maîtres.

Nous remercions également de tout cœur M. le docteur Hallion des bons conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer, ainsi que de l'extrême obligeance qu'il a mise à nous laisser prendre l'observation de la malade de son service.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### **Les phénomènes spasmodiques dans la sciatique**

Les phénomènes spasmodiques liés aux névralgies s'observent surtout dans la névralgie faciale, ils en caractérisent une forme particulière, variété des névralgies faciales épileptiformes de Trousseau : le *tic douloureux* de la face.

Il s'agit de secousses musculaires coïncidant avec les paroxysmes douloureux.

Les contractions involontaires des muscles se montrent aussi à un moindre degré, dit Valleix, dans la névralgie sciatique, où elles font naître des crampes, des secousses, une agitation involon-

taire du membre. Cet auteur consacre à ces phénomènes un court paragraphe de son chapitre : *névralgie fémoro-poplitée* (c'est ainsi qu'il dénomme la sciatique).

« Dans 7 cas seulement sur 36, il y eut des crampes, ou des secousses fatigantes et douloureuses du membre. Les crampes avaient lieu soit au sortir du bain, soit à l'entrée au lit, soit au milieu des exaspérations. Quant aux secousses, elles ne furent fortes que chez un sujet, qui avait une sciatique ancienne des plus intenses. Elles se produisaient toujours au lit, pendant la journée, ou le soir ; elles duraient ordinairement un quart d'heure, le membre tout entier était agité par ces secousses, qui lui imprimaient des mouvements tels que le pied était tantôt projeté en haut et tantôt retiré, et que le membre était alternativement fléchi ou étendu. Pendant que ces secousses avaient lieu, les douleurs étaient vives, et restaient telles longtemps après.

« Non seulement ces phénomènes ne se manifestèrent que dans les cas graves, mais encore ils ne se montrèrent que dans le fort de la maladie, en sorte qu'on doit les regarder comme des signes non équivoques d'une intensité considérable de la névralgie. »

Dans une des observations de sciatique rapportées par Valleix (p. 538), nous trouvons ces symp-

tômes mentionnés : il s'agissait d'une forme grave, avec atrophie du membre.

Mais à côté de ces phénomènes spasmodiques intermittents, sortes de décharges motrices instantanées ou peu prolongées, représentées par les secousses et les crampes ; il en est d'autres qui traduisent d'une façon permanente un état durable d'éréthisme médullaire : nous voulons parler de l'exagération des réflexes tendineux et de la contracture. M. Brissaud a attiré l'attention sur ces derniers.

Dans la sciatique légère et dans la sciatique grave, dans la forme névralgie et dans la forme névrite, on peut noter parfois l'*exagération du réflexe rotulien, du réflexe calcanéen*, et assez souvent le *phénomène du pied*. Parfois ces troubles affectent exclusivement le membre douloureux, mais souvent aussi (et c'est même la règle), ils se montrent à un degré atténué, et quelquefois à un égal degré, dans le membre symétrique.

Cette exagération des réflexes tendineux dans certains cas de sciatique, ne semble pas avoir beaucoup attiré l'attention des observateurs avant que M. Brissaud ne la mît en lumière. Cela tient sans doute à ce que la valeur séméiologique de ce symptôme n'était pas bien connue autrefois ; on ne le recherchait pas systématiquement. Il paraît être

assez rare ; on a signalé la perte du réflexe rotulien, on a peu souvent noté son exagération (1).

Plus intéressant par son importance et par ses conséquences est le symptôme *contracture*. La contracture n'affecte habituellement qu'un certain nombre des muscles appartenant au domaine du sciatique, mais elle peut les occuper tous. Bien plus, dans cette forme fréquente de névralgie, qui comprend à la fois le plexus sacré et le plexus lombaire, et qui mérite le nom de névralgie sacro-lombaire, la contracture intéresse assez souvent les muscles de la moitié correspondante de la paroi abdominale. De là une flexion latérale du rachis lombaire vers le côté malade, et une variété spéciale de scoliose sciatique à laquelle nous réservons un chapitre particulier.

Il nous faut enfin mentionner le *tremblement*, qui était associé à une sciatique spasmodique chez l'intéressant malade de M. Lebon, c'était un tremblement rapide, irrégulier, à oscillation inégale. Tous les muscles de la cuisse et de la jambe du côté malade y prenaient part, mais il affectait surtout le triceps fémoral et les muscles de la région postérieure de la jambe, c'est-à-dire les extenseurs du genou et les extenseurs des orteils. De temps en

(1) *Raven* (British med. Journ., 1892, I, p. 600) l'a trouvé aboli dans le tiers des cas; il ne dit pas l'avoir trouvé exalté.

temps, de légers mouvements d'extension et de flexion du pied et des orteils étaient esquissés ; mais ce détail se rapporte plutôt aux secousses musculaires, symptôme précédemment décrit.

MM. Achard et Soupault (*Gaz. des hôp.*, 1892, p. 781) ont signalé très succinctement quelques cas de sciatique qu'ils rapportent à l'hystérie. Dans un de ces cas, il se produisit de la contracture de membre ; ce dernier phénomène apparut au cours de la maladie, à la suite de l'immobilisation du membre dans un appareil, et disparut un mois plus tard, brusquement, en même temps que la douleur elle-même.

A en juger par les observations publiées, les phénomènes spasmodiques, encore qu'ils puissent accompagner la névralgie sciatique (Brissaud), semblent appartenir plutôt à des formes graves, sérieuses tout au moins, accompagnées d'atrophie musculaire dans le membre affecté. Nous avons cité tout à l'heure l'opinion de Valleix à cet égard ; elle se rapporte aux cas où des contractions involontaires des muscles se manifestaient pendant les paroxysmes. Cette opinion paraît devoir être étendue aux cas que caractérise la contracture et l'exagération des réflexes tendineux. En effet, l'atrophie musculaire est considérée comme un des faits les plus caractéristiques de la sciatique-névrite ; or elle est signalée dans la plupart des

observations de sciatique spasmodique que nous avons pu recueillir (1). On peut se demander, il est vrai, si l'atrophie musculaire reconnaît bien toujours pour cause une dégénération directement liée à l'altération anatomique du nerf. C'est une question dont nous dirons un mot au chapitre de la pathogénie.

Quoi qu'il en soit, comme le prouvent nettement les observations de M. Lamy et celle de M. Lebon, les phénomènes spasmodiques peuvent se manifester dès le début même de la sciatique, et en accompagner jusqu'au bout l'évolution.

Un des malades de M. Lamy présenta plusieurs rechutes de sciatique sous la forme spasmodique.

Les antécédents héréditaires et personnels des sujets atteints de cette variété de sciatique, ne mettent pas en évidence une cause prédisposante spéciale. L'étiologie de ces cas particuliers ne présente rien non plus de bien spécial. Le pourquoi des phénomènes spasmodiques reste entièrement dans le domaine des hypothèses pathogéniques. Nous verrons quelles sont les conditions physiologiques auxquelles on peut les supposer subordonnées.

(1) Elle faisait défaut dans l'observation inédite que nous rapportons, mais il faut noter qu'il s'agissait là d'une sciatique presque guérie.

## CHAPITRE II

---

### **La scoliose homologue dans la sciatique spasmodique.**

Une des particularités les plus intéressantes de la sciatique spasmodique consiste en une forme spéciale de scoliose qu'elle détermine. Dans la sciatique vulgaire, la scoliose, bien décrite par Charcot et par ses élèves, en particulier par M. Babinski, est telle que le tronc penche habituellement vers le côté sain; dans la sciatique spasmodique, au contraire, le tronc est souvent incliné vers le côté malade; la scoliose est dite *croisée*, dans le premier cas, *homologue* dans le second, M. Brissaud a eu le mérite de bien

décrire la scoliose sciatique homologue, et d'en expliquer clairement le mécanisme.

Le souci instinctif du sujet atteint de sciatique consiste, lorsqu'il est debout et lorsqu'il marche, à soulager autant que possible la jambe qui souffre : pour cela, il porte le poids du corps sur la jambe saine.

Supposons un sujet debout, en attitude droite, symétrique. La verticale passant par le centre de gravité (désignons-la sous le nom de verticale de gravité), tombe entre les deux pieds, à égale distance de chacun d'eux : chaque jambe supporte un poids égal. Supposons maintenant que, par une flexion du rachis lombaire, ce sujet incline son corps à gauche ; il arrivera un moment où la verticale de gravité traversera le pied gauche. A ce moment, si le membre inférieur gauche se raidit, le membre inférieur droit pourra quitter le contact du sol sans que l'équilibre du corps soit compromis : le poids du corps porte tout entier sur la jambe gauche. Or, tel est l'artifice très simple grâce auquel le malade atteint de sciatique droite, évitera une fatigue douloureuse à la jambe malade. Cette attitude tend à devenir permanente, dégénère en scoliose, et celle-ci, comme on le conçoit aisément d'après ce qui précède, est caractérisée par les particularités que voici : 1° Inclinaison du tronc vers le côté sain ;

d'où la scoliose est dite *croisée* (croisée par rapport au côté malade) ; 2° incurvation du rachis lombaire à concavité tournée vers le côté sain ; 3° enfin, corollaire obligé de ces deux propositions, l'espace costo-iliaque, c'est-à-dire l'intervalle entre le rebord costal et la crête iliaque, est augmenté du côté malade, diminué du côté sain.

Ce n'est pas tout. Le membre atteint de sciatique se place en position légèrement fléchie. De là, un abaissement de la moitié correspondante du bassin, abaissement qui se trahit par celui de l'épine iliaque antéro-supérieure de ce côté.

Ce phénomène tendrait évidemment à incliner le tronc vers le côté malade, aussi, pour en combattre l'effet, le sujet est-il obligé d'exagérer encore l'incurvation, latérale, lombaire, et la scoliose *croisée* s'accroît d'autant. En résumé, si le membre malade étant dans la rectitude, une certaine incurvation lombaire serait nécessaire pour ramener sur la jambe saine le poids du corps, le membre malade était un peu fléchi et le bassin abaissé de son côté, une incurvation lombaire encore plus accentuée s'impose.

Mais l'incurvation lombaire sous forme de scoliose *croisée* n'est pas le seul procédé qu'un sujet debout ait à sa disposition pour obtenir un tel déplacement de la verticale de gravité. Et cela est heureux pour certains sujets atteints de sciatique spasmodique,

auxquels, comme on va le comprendre, le procédé précédent est inaccessible.

Lorsque la contracture envahit non seulement le membre malade, mais encore la région latérale du côté de l'abdomen, correspondant l'espace costo-iliaque est forcément rétréci de ce dernier côté : la contraction des muscles abdominaux, et surtout du carré lombaire, force le rachis à s'incurver vers le côté affecté, la scoliose est homologue, c'est-à-dire caractérisée à l'inverse de la variété croisée, par les particularités suivantes : 1<sup>o</sup> inclinaison du corps vers le côté malade ; 2<sup>o</sup> incurvation lombaire à concavités tournées vers le côté malade ; 3<sup>o</sup> diminution de l'espace costo-iliaque du côté malade, augmentation de cet espace du côté sain.

Ici la demi-flexion de la jambe malade, qui tend déjà, comme nous l'avons vu, à faire peser le corps sur le côté atteint, voit ses effets non plus contrebalancés, mais aggravés par la modalité de la scoliose.

Que va faire le patient ? Il déplacera son bassin vers le côté respecté, les pieds restant fixes ; pour cela, il devra faire en sorte que ses deux membres inférieurs forment, avec le plan transversal du bassin, un angle de plus en plus fermé du côté malade. A mesure que le bassin, avec le tronc qu'il supporte, se transportera du côté sain, le

poids du corps s'y transportera par le fait même, et la verticale de gravité finira par tomber sur le pied de ce côté.

Comme on voit, étant donné que dans la sciatique, l'intérêt du malade est d'alléger le poids supporté par le membre inférieur souffrant, la scoliose croisée est une attitude favorable, qui s'établit instinctivement; la scoliose homologue de la sciatique spasmodique est au contraire, par elle-même, une attitude défavorable, que la contraction impose au sujet, et dont les effets doivent être atténués par un procédé compensateur : ce procédé consiste dans le déplacement du bassin vers le côté indemne, d'où une forte saillie de la hanche correspondante.

Nous aurions encore à mentionner les courbures de compensation qui peuvent se produire dans la portion cervico-dorsale du rachis, et en vertu desquelles l'épaule que la déviation lombaire tend à surélever, peut se trouver abaissée plus ou moins, tantôt jusqu'au niveau de l'épaule opposée, tantôt même au-dessous. C'est là un détail accessoire, qui n'a rien de spécial aux scolioses que nous étudions.

Pour la clarté de la démonstration, nous avons montré le malade cherchant à réaliser les attitudes propres à résoudre ce problème de statique qui consiste à se soutenir sur sa jambe saine. En réa-

lité, c'est instinctivement, sans calcul conscient, que s'établissent les déviations. Au surplus, n'est-ce pas d'une façon purement instinctive que ces diverses attitudes sont réalisées par un sujet sain qui s'exerce à maintenir son équilibre en se tenant sur un seul pied ? Ce sujet pourra, s'il le veut, élever ou abaisser le bassin du côté où le pied ne touche pas le sol ; il pourra incurver son rachis lombaire soit à droite, soit à gauche, incurver aussi, dans le même sens, ou en sens opposé, le segment cervico-dorsal de sa colonne vertébrale ; il lui sera loisible de combiner de toutes manières ces diverses conformations, tout en conservant un seul pied pour base de sustentation. Ces considérations suffisent à montrer combien sont variées les ressources dont nous disposons pour départir à un seul des deux membres inférieurs, dans les poses les plus diverses du tronc, la totalité ou la principale partie de l'effort statique.

Nous n'entrerons pas en de plus longs détails sur la scoliose sciatique, n'ayant d'autre but que de faire ressortir ce qui appartient en propre à la sciatique spasmodique. Ajoutons pourtant que la scoliose homologue peut se rencontrer indépendamment de toute contracture : supposons (le cas est fréquent) un sujet chez lequel la douleur déborde la sphère du plexus sacré, atteint le territoire du plexus lombaire du même côté, et détermine un

endolorissement de la hanche et du flanc correspondants. Ce sujet ne pourrait réaliser le type croisé de la scoliose lombaire sans élargir l'intervalle costo-iliaque où siège la douleur, et sans augmenter cette douleur par le tiraillement imposé à la région. Au contraire, en inclinant le tronc de ce côté, et réalisant le type homologue de la scoliose, il soulage sa souffrance en ce point, de même qu'en fléchissant légèrement le genou il l'atténue à la jambe. Il peut y avoir formation, en pareil cas, d'une scoliose homologue en dehors de toute sciatique spasmodique ; c'est comme une sorte d'indication thérapeutique que la moelle perçoit, et qu'elle remplit par des réflexes moteurs appropriés. MM. Brühl et Soupault ont publié une observation de ce genre.

E. Remak, Higier avaient signalé des cas analogues.

Le premier de ces auteurs a vu un malade atteint de sciatique qui, pendant la marche, transformait volontairement sa déviation rachidienne et la rendait alternativement homologue et croisée ; il n'existait, chez le sujet, aucun phénomène spasmodique.

Dans un second mémoire, E. Remak rapporte l'histoire d'un malade qui présentait, lui, une scoliose homologue permanente, sans qu'il y eût ni exagération des réflexes ni contracture.

Higier a observé un malade qui, atteint de sciatique depuis longtemps, était porteur, depuis longtemps aussi, d'une scoliose croisée. Au plus fort de l'affection, ce malade disait avoir observé un phénomène intéressant : il éprouvait des crises de douleur très violentes ; or, pendant ces crises, brusquement le sens de la déviation vertébrale se transformait et le tronc s'inclinait vers le côté douloureux ; il faut ajouter que la douleur prédominait dans la région lombaire. Le paroxysme passé, la scoliose reprenait le type croisé. Il s'agissait là d'une scoliose alternante (*alternirende scoliose*), comme dans le premier fait de Remak, mais avec cette différence que le passage d'un type à l'autre était absolument indépendant de la volonté du malade. L'auteur se demande si, pendant les paroxysmes il ne se produisait pas, dans le domaine du plexus lombaire, de la contracture en même temps qu'une exacerbation douloureuse. Mais comme tout phénomène spasmodique faisait défaut lorsque le malade, déjà amélioré, fut examiné, on ne peut que par hypothèse faire rentrer son cas dans le domaine de la sciatique spasmodique.

Strozewski (*Gazeta Lekarska*, n° 6, 1894) rapporte un cas de scoliose sciatique homologue, dans lequel la déviation rachidienne était sous la dépendance de la douleur.

Nous devons enfin signaler, avant de clore ce chapitre, un travail de L. Mann, exécuté à la polyclinique du professeur Wernicke, et publié dans le *Deutsches Archiv. für Klinische medicin.*, 1893, n° 41. L'auteur a examiné attentivement les troubles de la motilité dans 27 cas de sciatique. Il a été amené à expliquer les déviations du rachis par la paralysie musculaire. La paralysie, plus ou moins accusée, des muscles de la masse sacro-lombaire (*erector trunci*), du côté malade, engendraient la scoliose *croisée*, par suite d'une prédominance d'action du muscle antagoniste symétrique. La scoliose *homologue*, plus rare, résultait, chez les malades de Mann, d'une sciatique double avec paralysie du muscle *erector trunci*, du côté opposé à la névralgie. L'auteur ne nie pas, toutefois, la réalité du mécanisme invoqué par M. Brissaud, dans certains cas.

En résumé la scoliose homologue n'est pas absolument caractéristique de la sciatique spasmodique. Elle peut manquer dans cette dernière, quand la contracture des muscles du flanc fait défaut ou n'est que peu marquée. D'autre part, elle peut se montrer dans la sciatique non spasmodique, et tient alors à des conditions diverses, parmi lesquelles le siège de la douleur, que l'attitude a pour objet de soulager, joue un rôle prépondérant. Il n'en est pas moins vrai que,

toutes exceptions à part, on est en droit de formuler une loi assez générale, à savoir : la sciatique ordinaire détermine *plutôt* une scoliose *croisée*, la sciatique spasmodique *plutôt* une scoliose *homologue*.

Il serait intéressant d'étudier l'évolution de la scoliose assez spéciale que nous avons décrite, de savoir si, dans tous les cas, elle disparaît avec la sciatique dont elle résulte ou si, au contraire, à l'exemple de certaines scolioses croisées, elle peut lui survivre longtemps. Les documents dont nous disposons ne nous permettent pas une conclusion précise sur ce point.

---

## CHAPITRE III

---

### **Pathogénie.**

Quelle idée peut-on se faire de la pathogénie des phénomènes spasmodiques liés à certaines sciatiques? Examinons d'abord, à ce point de vue, l'exagération des réflexes et les contractures. Ces symptômes relèvent évidemment d'une exagération d'activité des cellules motrices de la moelle; l'un et l'autre sont dus à l'amplification de phénomènes normaux : réflexes tendineux et tonicité musculaires, tous deux dépendant des cornes antérieures.

Cet éréthisme des éléments cellulaires moteurs, d'où provient-il? Deux théories sont, *a priori*, admissibles. Il se peut que cet état de la moelle

soit engendré par l'état pathologique du nerf. Celui-ci produit la douleur, excitation sensitive puissante qui, agissant comme stimulant sur la cellule motrice, détermine l'exaltation de ses propriétés.

Il se peut aussi que la névralgie ne soit pas exclusivement localisée, même dans son processus initial, au nerf périphérique. Certains auteurs ont soutenu, comme on sait, que la moelle est exclusivement en cause dans la névralgie vraie, et que les sensations douloureuses seules, mais non les altérations causales, siègent, ou pour mieux dire, sont localisées subjectivement, dans les troncs nerveux. Si cette manière de voir, défendue par Anstie, est difficilement acceptable, on peut cependant admettre, et il y a, pour cela, certaines raisons (1), que la moelle est parfois atteinte en même temps que les nerfs, et au même titre. La cause première de la névralgie frapperait simultanément les filets nerveux et les cellules qui leur correspondent. C'est ainsi que le neurone moteur serait affecté dans toute son étendue : cellule dans la moelle, expansion cylindraxile dans le nerf.

La question d'antériorité respective ou de simul-

(1) Entre autre, l'existence de la sciatique double, et surtout de certaines formes telle que la sciatique double primitive. décrite par Charcot. Leçon de décembre 1890.

tanéité des altérations spinales et périphériques est impossible à trancher; peut-être doit-elle être résolue diversement dans les divers cas.

Quoi qu'il en soit, la variété spasmodique de la sciatique suppose que la cellule motrice est atteinte dans son fonctionnement, sinon dans sa structure histologiquement appréciable; elle démontre que la moelle est touchée, dans certains cas, d'une manière indéniable; elle a la même portée, au point de vue théorique, que les observations de sciatique-névrite histologiquement constatées et qui s'accompagnaient de lésions médullaires objectivement appréciables.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler que les lésions médullaires décelées par le microscope se sont montrées souvent localisées non seulement au système sensitif de l'axe spinal, mais encore aux cornes antérieures, motrices. Tel fut le cas dans les faits expérimentaux réalisés par M. Hayem, par Mayser et par d'autres. Tel fut le cas également dans plusieurs observations de névrite sciatique avec autopsie.

En somme, la moelle, ou, pour nous borner à ce qui nous intéresse plus directement, les cellules motrices de la moelle peuvent participer d'une façon variable au processus de la sciatique. Parfois, rien ne dénote que ces cellules soient en cause. D'autres fois, elles sont touchées légèr-

ment, d'une manière purement dynamique, peut-être ; elles manifestent un certain état d'irritation qui exalte leurs fonctions : on a affaire alors à la sciatique spasmodique avec exagération des réflexes et contractures. Enfin, elles peuvent être altérées profondément, définitivement, comme l'anatomie pathologique et l'expérimentation l'ont montré.

La sciatique spasmodique est donc à la fois une maladie de la moelle et des nerfs, sans que nous puissions assigner de façon certaine à ceux-ci ou à celle-là les droits d'antériorité.

Cette conception se confirme, si nous songeons que cette forme de sciatique, plus souvent encore que la forme vulgaire, déborde le domaine du plexus sacré et envahit celui du plexus lombaire. C'est par l'intermédiaire de la moelle, en effet, que ces deux plexus sont en connexion ; c'est par la moelle que s'établissent leurs rapports fonctionnels ; c'est à elle qu'il est logique d'attribuer leurs relations pathologiques.

Nous avons eu en vue jusqu'ici, l'exagération des réflexes et la contracture, symptômes spasmodiques fixes et permanents. Les secousses, décharges motrices intermittentes, dépendent directement elles aussi, des cellules motrices spinales. On pourrait être tenté d'en fournir une autre interprétation. Quand on porte sur un nerf moteur ou mixte une excitation quelconque : chimique, mé-

canique ou électrique, une secousse musculaire résulte de la propagation centrifuge de cette excitation, sans intervention aucune de la moelle. On pourrait dès lors supposer ceci : sur le nerf mixte altéré, atteint de névralgie pure ou de névrite caractérisée, des excitations intermittentes, ou des renforcements intermittents d'excitation se produisent, sans qu'on connaisse d'ailleurs clairement la raison de cette particularité. Aux excitations isolées répondent les éclairs douloureux, aux renforcements d'excitations répondent les exacerbations de la souffrance continue. De même que, par propagation centripète le long des fibres sensibles, les excitations intermittentes déterminent les sensations douloureuses, de même, par propagation centrifuge, elles produiraient des mouvements, des secousses. Sans vouloir discuter cette théorie au point de vue de l'explication qu'elle fournit des caractères de la douleur, nous ferons observer qu'elle est inadmissible en ce qui concerne la production des secousses musculaires. En effet, ces dernières sont plus fréquentes dans la névralgie faciale que dans la sciatique ; or, le trijumeau n'innerve pas la face au point de vue moteur ; son excitation ne saurait donc agir sur les muscles du visage que par un procédé réflexe : le bulbe est ici l'intermédiaire obligé. Tout porte à croire que

dans la sciatique, le même processus commande aux mêmes manifestations.

Les crampes soulèvent les mêmes hypothèses. Nous sommes porté à admettre, ici encore, que la moelle est en cause.

En résumé, tous les phénomènes spasmodiques de la sciatique traduisent, suivant toute vraisemblance, un état morbide de la moelle. On ne peut dire qu'ils représentent la réaction naturelle d'une moelle normale vis-à-vis d'excitations anormales très douloureuses, puisqu'ils n'appartiennent qu'exceptionnellement au tableau de la sciatique.

Il serait intéressant d'établir sur des observations plus nombreuses que celles dont nous disposons actuellement, les relations qui existent entre la forme spasmodique de la sciatique et les atrophies musculaires. Il se pourrait, comme M. Brissaud en fait la remarque, que l'atrophie musculaire fût parfois, dans les névralgies, et en particulier dans la sciatique, le résultat d'un trouble trophique réflexe, suivant la théorie adoptée pour les amyotrophies, d'origine articulaire. Le rapprochement est d'autant plus légitime que ces dernières s'accompagnent d'une exagération des réflexes tendineux. Suivant l'hypothèse généralement admise, la lésion articulaire produirait, par voie sensitive, tantôt une simple irritation des cellules des cornes antérieures, tantôt, comme dans un cas

de M. Klippel, des lésions anatomiquement appréciables de ces éléments nerveux. Or, nous avons relevé, en ce qui concerne la sciatique, une gradation analogue dans l'intensité des altérations de la substance grise antérieure.

---

## CHAPITRE IV

---

### **Diagnostic. Pronostic. Traitement.**

Le diagnostic de la sciatique spasmodique se fonde sur les caractères, et la localisation des phénomènes douloureux, tout comme celui de la sciatique vulgaire ; les phénomènes spasmodiques qui la caractérisent spécialement sont souvent des plus nets ; ils apparaissent, en tout cas, de la façon la plus évidente lorsqu'on les recherche systématiquement.

La seule présence d'une scoliose homologue, chez un sujet qui souffre d'une sciatique, entraîne la très grande probabilité d'une contracture dans le domaine du plexus lombaire. Toutefois, comme

nous l'avons dit, la scoliose croisée n'exclut pas la sciatique spasmodique, et d'autre part la scoliose homologue peut appartenir à la sciatique vulgaire.

La forme spasmodique de la sciatique, bien qu'elle soit en général aussi facile à déceler que la forme ordinaire, comporte cependant certaines causes d'erreur assez particulières, que M. Brisaud a mises en relief.

La *coxalgie hystérique* ne sera pas toujours facile à différencier de la sciatique spasmodique : dans l'une et l'autre de ces affections, l'attitude est généralement la même, c'est-à-dire que le tronc s'incline vers le côté malade. Dans la coxalgie hystérique, il est vrai, la contracture est plus intense, elle s'étend habituellement à tout le membre : elle s'accompagne d'hyperesthésie cutanée ; elle coexiste avec d'autres symptômes hystériques. Mais ces caractères différentiels sont inconstants, et l'on conçoit aisément la possibilité d'une méprise, surtout de la part d'un observateur non prévenu. L'observation III de notre travail, qui appartient à M. Lamy, offre un type des cas où le diagnostic est hésitant.

Une *compression médullaire*, une *myélite transverse*, peuvent déterminer des phénomènes douloureux et spasmodiques. Mais il s'agit de douleurs de ceinture, dont la répartition ne suit pas

la distribution du nerf sciatique; d'autre part les phénomènes spasmodiques sont bilatéraux. Il faut se rappeler toutefois que, dans la sciatique spasmodique, l'exagération du réflexe rotulien, la trépidation épileptoïde, les secousses peuvent exister, à un certain degré, du côté opposé à celui de la névralgie.

Dans un cas semblable à ceux qu'ont signalés MM. Achard et Soupault, et auxquels nous avons fait allusion dans un précédent chapitre; lorsque, par exemple, la sciatique apparaît brusquement chez un sujet hystérique, sans cause appréciable, ou sous l'influence d'une cause telle que la suggestion; lorsqu'elle disparaît sous une influence analogue, alors on pourrait, à l'exemple de ces auteurs, porter le diagnostic de *sciatique hystérique*.

Le *pronostic* de la sciatique spasmodique paraît être, si l'on s'en rapporte à l'opinion de Valleix et si l'on en juge par les observations que nous avons recueillies, relativement sérieux. Ce n'est pas que les phénomènes spasmodiques soient, par eux-mêmes, d'une réelle gravité, encore que les secousses musculaires, quand elles existent, tendent à augmenter, par l'ébranlement qu'elles provoquent, l'exacerbation de la douleur qui les détermine. C'est surtout parce que ces symptômes

sont plus spécialement liés, semble-t-il, à la sciatique-névrite ; nous avons insisté sur ce point.

Le *traitement* est celui de la sciatique. Nous n'avons à signaler ici de spécial que l'emploi des anti-spasmodiques notamment du valérianate d'ammoniaque, qui a fournide bons résultats à M. Brissaud.

---

## OBSERVATION I

*Névrite sciatique avec légère contracture spasmodique des muscles du membre inférieur. Déformation du tronc. Inclinaison du rachis du côté malade.*

Louis T..., âgé de 19 ans, garçon de magasin, entre à l'Hôtel-Dieu (annexe), salle Saint-Landry, n° 6, le 29 mai 1888. Ses antécédents personnels sont satisfaisants. Il a eu deux angines, l'une en 1881, l'autre il y a sept mois. Il n'est ni tuberculeux, ni scrofuleux, ni syphilitique.

Il n'est pas en mesure de fournir des renseignements précis sur ses antécédents héréditaires. Son père est mort d'une maladie qu'il ignore. Sa mère est morte phtisique à 41 ans. Il a une sœur âgée de 14 ans qui s'est toujours bien portée jusqu'à ce jour. Une de ses tantes (du côté paternel) a été fréquemment atteinte de névralgies sciatiques.

Voici ce qu'il raconte sur les événements qui ont précédé la maladie. D'abord il insiste sur ce fait qu'il a été élevé très durement. Son père le mettait à la porte de chez lui à tout propos, pour la moindre peccadille, l'obligeant ainsi à passer souvent la nuit dehors. Il a été mal nourri. Quoique d'assez grande taille, il est de pauvre apparence. Son métier de garçon de magasin

l'obligeait à travailler debout ; on l'employait aussi à faire des courses ; il subissait toutes les intempéries, ne prenant jamais de précautions contre la pluie, la neige ou le vent.

Il y a cinq mois il ressentit une douleur sourde dans le membre inférieur gauche ; il en indique si nettement le siège qu'il est impossible de douter que ce ne fût une douleur sciatique. Elle se produisit peu à peu, d'abord tolérable, puis plus intense, surtout après les longues marches ; alors il boitait. Le foyer le plus douloureux occupait l'espace pelvi-trochantérien. Lorsque, après une course, le malade reprend ses fonctions de garçon de magasin, il continuait de souffrir, bien qu'il se tint debout dans une immobilité relative. Il sentait que son pied se tournait en dedans. Le matin seulement, au réveil, la douleur avait disparu, et le pied reprenait sa direction normale. La douleur augmentant de jour en jour, on lui permit de travailler assis. Il s'ensuivit une amélioration qui persista une huitaine de jours environ. Après quoi, comme on le croyait guéri, il recommença à faire ses courses. Immédiatement la douleur le reprit, plus intense que précédemment, mais non accompagnée de boiterie. Elle variait d'ailleurs suivant les heures. Plus vive, cette fois, au réveil, jusqu'à dix heures du matin, elle se calmait graduellement dans l'après-midi et ne réapparaissait dans toute sa violence que vers sept heures du soir. Il y avait donc dans les crises une certaine intermittence. Il est à noter également que tous les jours n'amenaient pas des douleurs aussi fortes. Parfois même une

journée se passait sans qu'il s'en produisit. Cet état dura un mois et demi.

Quinze jours s'écoulèrent ensuite dans un état de santé excellent ; la guérison semblait acquise. Une course fatigante provoqua une nouvelle rechute. Dans la crainte de perdre sa place, le malade ne voulut pas prendre de repos. Les douleurs redoublèrent. Avec elles réapparurent la boiterie et l'attitude vicieuse de la jambe caractérisée par la rotation du pied en dedans. Tout mouvement de flexion devint impossible. Le membre inférieur gauche était comme ankylosé, et la marche ne s'effectuait que par un mouvement très pénible de projection du bassin en avant.

C'est alors que le patient se fit admettre (fin avril 1888) à l'hôpital Tenon, salle Gerando. La médication par l'antipyrine et les pulvérisations de chlorure de méthyle prescrites par le médecin, confirment, rétrospectivement, le diagnostic de sciatique.

Après un séjour d'une semaine à l'hôpital, la douleur et les phénomènes concomitants avaient disparu. Le malade sortit le 8 mai, à midi, se croyant guéri; mais dès le même soir, la douleur, la boiterie, la rotation forcée en dedans s'étaient déjà reproduites. Le lendemain, après une heure de travail, le mal avait repris toute son intensité. Un nouveau séjour d'une quinzaine de jours à l'hôpital Tenon, dans le même service, n'amena pas d'amélioration. Le médecin renvoya, au bout de ce délai, le malade dans l'état où il l'avait reçu. Le jour suivant, celui-ci se présenta à l'hôpital Lariboisière, mais il n'y fut pas admis. Il se

trains jusqu'au bureau central ; et de là, fut envoyé à l'Hôtel-Dieu (annexe), salle Saint-Antoine, lit n° 6 (29 mai).

Le 30 mai on constate une rotation très accentuée du membre inférieur tout entier en dedans. Le malade accuse une vive douleur sur tout le trajet du nerf sciatique qu'il parcourt du doigt avec une précision anatomique irréprochable. Cette douleur est exaspérée par la pression d'un point quelconque du trajet du nerf. La flexion de la jambe et de la cuisse sont à peu près impossibles. Cependant, quand le malade s'abandonne complètement, en évitant toute contraction active de ses muscles, on peut faire exécuter à la jambe et à la cuisse des mouvements passifs, d'extension et de flexion qui sont assez bien tolérés. On remarque, en élevant la jambe au-dessus du plan horizontal du lit, que jusqu'à un angle de  $45^{\circ}$ , il ne se produit pas d'ensellure rachidienne. Passé ce point l'ensellure se manifeste, et le malade demande grâce. La flexion de la cuisse, lorsque la jambe est fléchie, peut être poussée plus loin (signe de Lasègue).

Le membre malade et le membre sain sont le siège d'une contraction musculaire généralisée, *mais peu intense*. Les réflexes rotuliens sont exagérés à droite comme à gauche, plus cependant à gauche qu'à droite. Le relèvement brusque du pied provoque un tremblement épileptoïde passager. La raideur de la jambe et de la cuisse ne permet pas de les fléchir facilement. Les mouvements passifs d'adduction et d'abduction sont à peu près impossibles. Ainsi, quand on exerce

une traction de dedans en dehors sur le membre inférieur gauche, le bassin suit ce mouvement comme s'il existait une ankylose coxo-fémorale. Du côté droit le résultat est le même, quoique moins caractérisé.

La jambe et la cuisse gauches sont notablement amaigries, pour ne pas dire atrophiées; d'ailleurs, la diminution du volume n'est pas plus marquée dans un groupe musculaire que dans un autre. Les tremblements fibrillaires font défaut. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité.

L'état des viscères, explorés avec soin, paraît très satisfaisant. La santé générale est bonne. Les urines sont normales.

En raison de la trop grande intensité des douleurs, on renonce à examiner l'attitude du malade debout.

Les traitements précédemment employés ayant été insuffisants, on prescrit des applications quotidiennes de pointes de feu.

Jusqu'au 2 juin, le mal ne fait qu'empirer. La douleur est incessante.

A partir de cette date une certaine amélioration se fait sentir.

Le 11 juin, un grand progrès est réalisé. Les douleurs ont disparu pendant le repos. Elles ne réapparaissent que lorsque le malade remue ses jambes dans son lit. Les mouvements passifs de flexion et d'extension sont redevenus tolérables et relativement faciles. Ils permettent de se rendre compte que l'articulation coxo-fémorale est indemne. La marche est

toujours impossible ; le pied gauche reste tourné en dedans.

Le 16 juin, l'amélioration s'est confirmée. Le malade est parvenu à descendre seul de son lit. Il lui faut cependant prendre de grandes précautions pour arriver à ce résultat. Il commence par s'asseoir ; puis, se tournant tout d'une pièce, les deux jambes parallèles, et comme soudées au bassin, il arrive, en pivotant doucement, jusqu'au bord de son lit, et alors seulement il se décide à fléchir la jambe sur la cuisse. Il peut se tenir debout en s'appuyant sur le dossier d'une chaise et même faire quelques pas, mais il éprouve une singulière difficulté à écarter ses jambes l'une de l'autre ; elles ont encore besoin de parallélisme.

Vu de dos, le malade présente une attitude très caractéristique. Ce qui frappe tout d'abord c'est que le membre inférieur gauche paraît plus long que le droit. Il est fléchi légèrement en dedans, la plante du pied reposant à plat sur le sol, le genou et la pointe du pied tournés en dedans, comme dans le cas de *genu valgum*. La flexion semble résulter de l'allongement du membre. L'angle formé par la cuisse et la jambe est ouvert en dehors. L'allongement, toutefois, n'est qu'apparent, car les membres, quoique amaigris, ont conservé le même degré de contracture spasmodique ; et, d'autre part, la crête iliaque du côté gauche est moins élevée que celle du côté droit.

Le pli fessier est abaissé, presque effacé. Les muscles fessiers ont perdu leur tonicité, ce qui con-

traste avec le spasme des muscles postérieurs de la cuisse.

Malgré l'abaissement de la crête iliaque gauche, l'espace costo-iliaque est diminué. Le bord inférieur de la cage thoracique s'est rapproché du bassin. Entre les dernières côtes et la crête iliaque la peau présente des plis transversaux.

L'épaule gauche elle-même est très sensiblement abaissée; elle se porte un peu en arrière. La colonne vertébrale est inclinée à gauche. Elle se redresse légèrement en haut, à partir de la vertèbre proéminente. En somme, toute la moitié gauche du tronc paraît affaissée. Mais ce n'est pas le fait d'un état parétique des muscles, car les masses musculaires, toutes endolories, ont, au moins en apparence, une tonicité exagérée.

Le 17 juin, une douleur assez aiguë se fait sentir au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. Le malade renonce à se lever.

Le 19, il accuse une nouvelle douleur, cette fois dans le genou gauche; il lui est impossible de s'appuyer sur sa jambe.

Le 20, il essaie de faire quelques pas, mais c'est au prix grands de efforts. La douleur, nettement localisée au genou, à la partie moyenne du mollet et dans l'espace ischio-trochantérien, confirme le réveil de la sciatique.

Le genou est un peu déformé. Il est facile de reconnaître la présence d'un léger épanchement dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale. Quelques tremble-

ments fibrillaires apparaissent dans la région du jambier antérieur et des péroniers latéraux.

Le 21 juin, une douleur semblable à celle du genou gauche occupe le genou droit et l'articulation coxo-fémorale droite. Les autres symptômes persistent. On prescrit le salicylate de soude à la dose de 6 grammes.

Le 22, amélioration sensible.

Le 23, le 24, les douleurs articulaires diminuent progressivement.

Le 25, elles ont complètement disparu. Le malade se déclare guéri. Il recommence à se lever, marche sans souffrir, mais se fatigue promptement.

Le 30, la guérison paraît confirmée. Les douleurs spontanées ont cessé de se faire sentir depuis quinze jours. La marche est aisée. Lorsqu'elle se prolonge, il en résulte une légère boiterie, le pied tend à se replacer dans l'adduction, mais l'attitude vicieuse s'est sensiblement modifiée; elle persiste toutefois. Seule la pression profonde de l'articulation sacro-iliaque, de l'espace ischio-trochantérien et de la face postéro-externe de la cuisse réveille dans ces points les anciennes douleurs.

OBSERVATION II ( inédite ).

*Sciatique droite. — Exagération du réflexe rotulien  
et phénomène du pied. — Scoliose homologue.*

(Observation due à l'obligeance du D<sup>r</sup> Hallion).

Marie C..., âgée de 33 ans, employée de commerce, se présente le 19 octobre 1891 à la consultation du service de clinique des maladies du système nerveux.

Elle accuse, comme maladies antérieures, une fièvre typhoïde dont elle fut atteinte à l'âge de 11 ans, et une pleurésie qu'elle eut à l'âge de 21 ans. Cette dernière affection siégeait à gauche ; elle nécessita la ponction ; elle dura un mois environ, et ne laissa aucun vestige durable. La malade n'a pas toussé depuis.

Elle subit, il y a deux ans, une première atteinte de sciatique. La douleur siégeait à droite, occupant la fesse et la cuisse ; elle était peu intense. La malade guérit d'une façon complète à la suite d'une cure hydrothérapique qu'elle fit à Ax (Ariège).

En février dernier, le sciatique fait de nouveau son apparition, d'une façon insidieuse, progressive. La malade travaillait dans un magasin froid, sans feu ; il lui arrivait souvent d'y séjourner avec ses vêtements tout mouillés. La douleur, peu intense d'abord, était calmée, dit-elle, par l'exercice ; elle siégeait, au début, dans la région malléolaire externe.

En mai, la maladie augmentant, il fallut interrompre tout travail. La malade passa deux mois au lit, se faisant soigner chez elle. En juillet, elle entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Duguët. Le traitement consista en pulvérisations de chlorure de méthyl, et bains sulfureux.

Améliorée, mais non guérie, elle séjourna à l'asile des convalescentes, au Vésinet, du 15 août au 9 septembre. Elle passe ensuite quelques jours chez elle, mais, se trouvant toujours impotente, elle rentre à l'hôpital.

Elle fut alors soignée par M. Poirier, qui aurait, dit-elle, constaté dès l'abord une déviation vertébrale. Traitement par l'iodure de fer. Une amélioration continue se produit à partir de ce moment, mais la malade ne peut néanmoins reprendre son travail.

La douleur a présenté, pendant toute la durée de la maladie, deux formes distinctes. Au dessous du genou, régnait une douleur continue, sans élancements; cette douleur occupait d'une part une bande verticale répondant au tiers inférieur de la région péronière, d'autre part et surtout le voisinage de la malléole interne; en ce dernier point elle était fort pénible, empêchait tout sommeil. A la fesse, au point iliaque et à la partie postérieure de la cuisse, au contraire, la douleur n'était pas continue, mais se produisait sous forme d'élancements. Comme dans la première atteinte, le membre inférieur droit a été seul affecté.

*Etat actuel.* La santé générale est bonne, toutes les fonctions sont normales, la malade est toutefois un

peu pâle ; elle est atteinte, en outre, d'une leucorrhée abondante, qui dure depuis fort longtemps.

La douleur est légère maintenant ; elle se manifeste surtout quand la malade est debout. La station debout un peu prolongée est plus pénible que la marche : la malade dit que, quand elle marche, la douleur, sans disparaître, change de caractère et devient plus tolérable.

Au point où siégeait autrefois la douleur continue la plus intense (malléole externe), se manifeste de temps en temps une sensation de brûlure. A la fesse, quelques élancements se produisent encore. Pendant la nuit, la douleur cesse ; le sommeil est excellent. La malade ne peut toutefois se coucher sur le côté droit sans être à coup sûr réveillée par des fourmillements dans le pied correspondant.

Les points douloureux à la pression sont les points iliaque, ischiatique, fessier, fémoraux, malléolaire externe. Lorsqu'on met la cuisse en flexion, le genou étant étendu, on éveille la douleur fessière (signe de Lasègue).

*Scoliose* : scoliose dorso-lombaire homologue, c'est-à-dire à concavité droite, avec diminution de l'espace costo-iliaque de ce côté. L'épaule correspondante est plus basse que l'épaule du côté sain. La déformation est peu accentuée, mais néanmoins très manifeste.

Le réflexe rotulien est notablement exagéré, surtout à droite. Trépidation épileptoïde du pied facilement provoquée à droite.

Pas d'atrophie musculaire appréciable.

En somme, il s'agit d'une sciatique presque guérie. Cependant, on constate une scoliose homologue nette, encore que peu accusée. L'exagération du réflexe rotulien, le phénomène du pied classent l'affection dans la catégorie des sciatiques spasmodiques.

Quand l'observation qui précède fut prise, on ne constatait pas de phénomènes douloureux dans la sphère du plexus lombaire. En cela, le cas présent diffère des cas de M. Brissaud et des autres que nous allons rapporter. Peut-être, quand la maladie était en pleine évolution, eût-on constaté une participation des branches sensitives de ce plexus ; cette participation, en tout cas, fut probablement peu considérable, à en juger par les souvenirs de la malade.

#### OBSERVATION II (in-extenso).

*Névrite sciatique avec légère contracture spasmodique des muscles du membre inférieur. Déformation du tronc. Inclinaison du rachis du côté malade.*

(Brissaud, *Archives de neurologie*, janvier 1890, tome XIX.)

Louis Tr..., âgé de 19 ans, garçon de magasin, entre à l'Hôtel-Dieu (annexe), salle Saint-Landry, n° 6,

le 29 mai 1888. Ses antécédents personnels sont satisfaisants. Il a eu deux angines, l'une en 1881, l'autre il y a sept mois. Il n'est ni tuberculeux, ni scrofuleux, ni syphilitique.

Il n'est pas en mesure de fournir des renseignements précis sur ses antécédents héréditaires. Son père est mort d'une maladie qu'il ignore. Sa mère est morte phtisique à 44 ans. Il a une sœur âgée de 14 ans qui s'est toujours bien portée jusqu'à ce jour. Une de ses tantes (du côté paternel) a été fréquemment atteinte de névralgies sciatiques.

Voici ce qu'il raconte sur les événements qui ont précédé la maladie. D'abord, il insiste sur ce fait qu'il a été élevé très durement. Son père le mettait à la porte de chez lui à tout propos, pour la moindre peccadille, l'obligeant ainsi à passer la nuit dehors. Il a été mal nourri. Quoique d'assez grande taille, il est de pauvre apparence. Son métier de garçon de magasin l'obligeait à travailler debout; on l'employait aussi à faire des courses; il subissait toutes les intempéries, ne prenant jamais de précautions contre la pluie, la neige ou le vent.

Il y a cinq mois, il ressentit une douleur sourde dans le membre inférieur gauche; il indique si nettement le siège qu'il est impossible de douter que ce ne fût une douleur sciatique. Elle se produisit peu à peu, d'abord tolérable, puis plus intense, surtout après les longues marches; alors il boitait. Le foyer le plus douloureux occupait l'espace pelvi-trochantérien. Lorsque, après une course, le malade reprenait ses

fonctions de garçon de magasin, il continuait de souffrir, bien qu'il se tint debout dans une immobilité relative. Il sentait que son pied se tournait en dedans. Au matin seulement, au réveil, la douleur avait disparu et le pied reprenait sa direction normale. La douleur augmentant de jour en jour, on lui permit de travailler assis. Il s'ensuivit une amélioration qui persista une huitaine de jours environ. Après quoi, comme on le croyait guéri, il recommença à faire ses courses. Immédiatement la douleur le reprit, plus intense que précédemment, mais non accompagnée de boiterie. Elle variait d'ailleurs suivant les heures. Plus vive, cette fois, au réveil, jusqu'à dix heures du matin, elle se calmait graduellement dans l'après-midi et ne réapparaissait dans toute sa violence que vers sept heures du soir. Il y avait donc dans les crises une certaine intermittence. Il est à noter que tous les jours n'amenaient pas des douleurs aussi fortes. Parfois même une journée se passait sans qu'il s'en produisît. Cet état dura un mois et demi.

Quinze jours s'écoulèrent ensuite dans un état de santé excellent; la guérison semblait acquise. Une course fatigante provoqua une nouvelle rechute. Dans la crainte de perdre sa place, le malade ne voulut pas prendre de repos. Les douleurs redoublèrent. Avec elles réapparurent la boiterie et l'attitude vicieuse de la jambe caractérisée par la rotation du pied en dedans. Tout mouvement de flexion devint impossible. Le membre inférieur gauche était comme ankylosé, et la marche

ne s'effectuait que par un mouvement très pénible de projection du bassin en avant.

C'est alors que le patient se fit admettre (fin avril 1888) à l'hôpital Tenon, salle Gérando. La médication par l'antipyrine et les pulvérisations de chlorure de méthyle prescrites par le médecin confirment, rétrospectivement, le diagnostic de sciatique.

Après un séjour d'une semaine à l'hôpital, la douleur et les phénomènes concomitants avaient totalement disparu. Le malade sortit le 8 mai, à midi, se croyant guéri; mais, dès le soir, la douleur, la boiterie, la rotation forcée en dedans s'étaient déjà reproduites. Le lendemain, après une heure de travail, le mal avait repris toute son intensité. Un nouveau séjour d'une quinzaine de jours à l'hôpital Tenon, dans le même service, n'amena pas d'amélioration. Le médecin renvoya, au bout de ce délai, le malade dans l'état où il l'avait reçu. Le jour suivant, celui-ci se présenta à l'hôpital Lariboisière, mais il n'y fut pas admis. Il se traina jusqu'au bureau central, et de là, fut envoyé à l'Hôtel-Dieu (annexe), salle Saint-Antoine, lit numéro 6 (29 mai).

Le 30 mai, on constate une rotation très accentuée du membre inférieur tout entier en dedans. Le malade accuse une vive douleur sur tout le trajet du nerf sciatique, qu'il parcourt du doigt avec une précision anatomique irréprochable. Cette douleur est exaspérée par la pression d'un point quelconque du trajet du nerf. La flexion de la jambe et de la cuisse sont à peu près impossibles. Cependant, quand le malade s'aban-

donne complètement, en évitant toute contraction active de ses muscles, on peut faire exécuter à la jambe et à la cuisse des mouvements passifs d'extension et de flexion qui sont assez bien tolérés. On remarque, en élevant la jambe au dessus du plan horizontal du lit, que jusqu'à un angle de  $45^{\circ}$ , il ne se produit pas d'ensellure rachidienne. Passé ce point, l'ensellure se manifeste, et le malade demande grâce. La flexion de la cuisse, lorsque la jambe est fléchie, peut être poussée plus loin (signe de Lasègue).

Le membre malade et le membre sain sont le siège d'une contraction musculaire généralisée, mais peu intense. Les réflexes rotuliens sont exagérés à droite comme à gauche, plus cependant à gauche qu'à droite. Le relèvement brusque du pied provoque un tremblement épileptoïde passager. La raideur de la jambe et de la cuisse ne permet pas de les fléchir facilement. Les mouvements passifs d'adduction et d'abduction sont à peu près impossibles. Ainsi, quand on exerce une traction de dedans en dehors sur le membre inférieur gauche, le bassin suit ce mouvement comme s'il existait une ankylose coxo-fémorale. Du côté droit, le résultat est le même, quoique moins caractérisé.

La jambe et la cuisse gauches sont notablement amaigries, pour ne pas dire atrophiées; d'ailleurs, la diminution du volume n'est pas plus marquée dans un groupe musculaire que dans un autre. Les tremblements fibrillaires font défaut. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité.

L'état des viscères, explorés avec soin, paraît très

satisfaisant. La santé générale est bonne. Les urines sont normales.

En raison de la trop grande intensité des douleurs, on renonce à examiner l'attitude du malade debout.

Les traitements précédemment employés ayant été insuffisants, on prescrit des applications quotidiennes de pointes de feu.

Jusqu'au 2 juin, le mal ne fait qu'empirer. La douleur est incessante.

A partir de cette date, une amélioration se fait sentir.

Le 11 juin, un grand progrès est réalisé. Les douleurs ont disparu pendant le repos. Elles ne réapparaissent que lorsque le malade remue ses jambes dans son lit. Les mouvements passifs de flexion et d'extension sont redevenus tolérables et relativement faciles. Ils permettent de se rendre compte que l'articulation coxo-fémorale est indemne. La marche est toujours impossible ; le pied gauche est tourné en dedans.

Le 16 juin, l'amélioration s'est confirmée. Le malade est parvenu à descendre seul de son lit. Il lui faut cependant prendre de grandes précautions pour arriver à ce résultat. Il commence par s'asseoir ; puis, se tournant tout d'une pièce, les deux jambes parallèles, comme soudées au bassin, il arrive, en pivotant doucement, jusqu'au bord de son lit, et alors seulement il se décide à fléchir la jambe sur la cuisse. Il peut se tenir debout en s'appuyant sur le dossier d'une chaise et même faire quelques pas, mais il éprouve une singu-

lière difficulté à écarter ses jambes l'une de l'autre ; elles ont encore besoin de parallélisme.

Vu de dos, le malade présente une attitude très caractéristique. Ce qui frappe tout d'abord, c'est que le membre inférieur gauche paraît plus long que le droit. Il est fléchi légèrement en dedans, la plante du pied reposant à plat sur le sol, le genou et la pointe du pied tournés en dedans, comme dans le cas de *genu valgum*. La flexion semble résulter de l'allongement du membre. L'angle formé par la cuisse et la jambe est ouvert en dehors. L'allongement, toutefois, n'est qu'apparent, car les membres, quoique amaigris, ont conservé le même degré de contraction spasmodique et, d'autre part, la crête iliaque du côté gauche est moins élevée que celle du côté droit. Le pli fessier est abaissé, presque effacé. Les muscles fessiers ont perdu leur tonicité, ce qui contraste avec le spasme des muscles postérieurs de la cuisse.

Malgré l'abaissement de la crête iliaque gauche, l'espace costo-iliaque est diminué. Le bord inférieur de la cage thoracique s'est rapproché du bassin. Entre les dernières côtes et la crête iliaque, la peau présente des plis transversaux.

L'épaule gauche elle-même est très sensiblement abaissée ; elle se porte un peu en arrière. La colonne vertébrale est inclinée à gauche ; elle se redresse légèrement en haut, à partir de la vertèbre proéminente. En somme, toute la moitié gauche du tronc paraît affaiblie, mais ce n'est pas le fait d'un état parétique des

muscles, car les masses musculaires, toutes endolories, ont, au moins en apparence, une tonicité exagérée.

Le 17 juin, une douleur assez aiguë se fait sentir au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, le malade renonce à se lever.

Le 19, il accuse une nouvelle douleur, cette fois dans le genou gauche. Il lui est impossible de s'appuyer sur sa jambe.

Le 20, il essaye de faire quelques pas, mais c'est au prix de grands efforts. La douleur, nettement localisée au genou, à la partie moyenne du mollet et dans l'espace ischio-trochantérien, confirment le réveil de la sciatique.

Le genou est un peu déformé. Il est facile de reconnaître la présence d'un léger épanchement dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale. Quelques tremblements fibrillaires apparaissent dans la région du jambier antérieur et des péroniens latéraux.

Le 21 juin, une douleur semblable à celle du genou gauche occupe le genou droit et l'articulation coxo-fémorale droite. Les autres symptômes persistent. On prescrit le salicylate de soude à la dose de 6 grammes.

Le 22, amélioration sensible.

Le 23, le 24, les douleurs articulaires diminuent progressivement.

Le 25, elles ont complètement disparu. Le malade se déclare guéri. Il recommence à se lever, marche sans souffrir, mais se fatigue promptement.

Le 30, la guérison paraît confirmée. Les douleurs spontanées ont cessé de se faire sentir depuis 15 jours.

La marche est aisée ; lorsqu'elle se prolonge, il en résulte une légère boiterie ; le pied tend à se replacer dans l'adduction ; mais l'attitude vicieuse s'est sensiblement modifiée ; elle persiste toutefois. Seule, la pression profonde de l'articulation sacro-iliaque, de l'espace ischio-trochantérien et de la face postéro-externe de la cuisse réveille dans ces points les anciennes douleurs.

OBSERVATION III (résumée).

*Sciaticque spasmodique à rechutes fréquentes. Inclinaison du rachis du côté malade. Raccourcissement du membre inférieur et élargissement de la fesse dus à l'ascension et à la rotation du bassin. Névralgies multiples avec points douloureux rachidiens.*

(H. Lamy. *Progrès méd.*, 1891, 10 janvier).

L..., 28 ans, teinturier, entre à l'hôpital le 12 juin 1890.

A. H. — La mère avait souvent des névralgies dans la tête.

A. P. — Fièvre typhoïde à 14 ans. En 1881, il faisait son service militaire en Afrique, lorsqu'il contracta les fièvres à Sfax. Seconde attaque à Formose, en 1884 ; depuis cette époque, rentré en France, il a des accès de fièvre environ tous les deux mois.

L... est, en outre, rhumatisant; il eut à vingt ans une violente attaque de rhumatisme articulaire généralisée qui dura trois mois. A 22 ans (c'est-à-dire il y a six ans), il ressentit les premières atteintes de la sciatique. « Il eut des crampes et des fourmillements « dans la jambe gauche; puis cette jambe *devint raide* « et les moindres mouvements provoquèrent des élan- « cements très douloureux. Cette attaque dura trois « semaines. »

Deux ans plus tard, au Tonkin, seconde attaque de sciatique, à la suite d'un accès de fièvre intermittente. Cette attaque dura deux mois et demi et fut traversée par deux ou trois accès de fièvre qui occasionnèrent chaque fois une recrudescence de ses douleurs sciatiques, avec de violentes névralgies frontales et occipitales.

En 1886, troisième attaque de sciatique plus violente et beaucoup plus persistante que les deux premières. Pour la première fois, il remarqua que sa jambe *s'était raccourcie* et qu'elle avait pris l'attitude qu'elle présente aujourd'hui.

Quatrième crise en février 1888. Les douleurs ne s'étaient pas calmées entièrement, du reste, depuis la troisième attaque. Cette fois, il eut de l'anesthésie complète du membre inférieur gauche. On pratiqua l'élongation du nerf sciatique, et six semaines après l'opération la sensibilité avait reparu et L... pouvait reprendre l'usage de son membre malade. Néanmoins, en octobre 1888, il est réformé. Les douleurs avaient disparu; mais il restait de la faiblesse et une atrophie

du membre (qui existait, d'ailleurs, depuis la troisième attaque). En marchant, il ne pouvait appuyer à terre la pointe du pied. Il y a un an, c'est-à-dire au mois de janvier 1890, la sciatique reparait une sixième fois, moins intense, et nécessita un séjour de trois semaines à l'hôpital.

Cette fois-ci, la sciatique, qui en est à sa septième rechute, a débuté il y a seulement quatre jours. Le dimanche, 8 juin, le malade avait fait environ 10 kilomètres à pied. Le lendemain, en montant un escalier, il fut pris soudain d'une douleur très vive dans les lombes du côté gauche. Il tourna sur lui-même, tomba, et quand on le releva, sa jambe était raide et raccourcie comme aujourd'hui.

Examen du malade à son entrée :

Il ne peut pas s'étendre dans son lit et, fait particulier, la seule position tolérable pour lui est celle que les malades atteints de sciatique douloureuse cherchent le plus à éviter. Il est presque assis, soutenu par plusieurs oreillers, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin et les jambes dans l'extension complète. De plus, le pied gauche est dans la flexion forcée et forme un angle aigu avec la jambe. Il y a une rigidité assez marquée de tous les muscles du membre inférieur, surtout des extenseurs du pied sur la jambe. *Amaigrissement* visible du membre ; les mensurations circonférencielles de la cuisse et de la jambe, à droite et à gauche, dénotent deux et trois centimètres de différence au profit du membre sain. Il existe, en outre, un *raccourcissement apparent* très marqué du côté gauche.

Les points douloureux existent au grand complet, non seulement dans la zone du sciatique, mais en celle du plexus lombaire et sur le rachis.

Le malade au repos ressent une douleur sourde, continuelle, avec élancements passagers sur le trajet du nerf. Ces élancements s'accompagnent de *crampes* pendant lesquelles tout le membre se raidit. Parfois la jambe est agitée de deux ou trois *secousses convulsives*, comme si on l'électrisait ; ces secousses sont très pénibles ; elles sont parfois provoquées par des mouvements imprimés au lit.

Le *réflexe rotulien*, très exagéré à droite, est impossible à rechercher à gauche, à cause de la douleur qui entraîne la rigidité des muscles.

Les troubles de sensibilité cutanée sont très prononcés.

Le malade descend de son lit avec de grandes précautions, tenant toujours son membre inférieur gauche étendu au devant de lui. Examiné debout, il fait porter le poids du corps entier sur la jambe droite. Le pied gauche fléchi sur la jambe, pend à quelques centimètres au-dessus du sol. Il est absolument impossible au malade de le poser à terre sans incliner fortement le tronc du côté gauche ; mais alors la douleur est tellement vive qu'il tomberait infailliblement, si on ne le soutenait. La marche lui est absolument impossible et c'est seulement en s'aidant de deux béquilles qu'il peut rester debout quelques instants. Dans cette situation, on peut constater que la ligne des apophyses épineuses décrit une courbure en S, concave à gauche inférieurement,

concave à droite dans la région cervico-dorsale. La hauteur du flanc gauche est très diminuée et la crête iliaque est plus haute de ce côté. La peau forme des plis transversaux en ce point. De plus, il existe un *élargissement apparent* de la fesse du même côté ainsi que du flanc (comme l'on peut s'en assurer par une figure jointe à l'observation). Cet élargissement considérable de la région fessière, avec saillie du grand trochanter qui est reporté en arrière est tel qu'on a pu croire un instant à une tumeur trochantérienne. Le pli fessier gauche est effacé et un peu abaissé. Malgré la courbure de compensation supérieure, l'épaule gauche est abaissée et la main du même côté descend plus bas.

L'état général du malade est satisfaisant.

21 juin. Même état, mais la douleur rachidienne s'est étendue vers le haut, et il existe des douleurs névralgiques dans l'épaule et le bras. Le grand oblique de l'abdomen est tendu et douloureux du côté gauche jusqu'à son bord interne.

Les jours suivants, les douleurs se sont amendées dans le membre inférieur, mais se sont exagérées dans le domaine du plexus brachial.

1<sup>er</sup> juillet. Les douleurs ont disparu dans le membre supérieur. Le trajet du sciatique est toujours douloureux, mais beaucoup moins, et le raccourcissement n'est plus que de 3 centimètres au lieu de 6 centimètres qu'il mesurait le jour de l'entrée à l'hôpital. La jambe est moins raide et la flexion commence à être possible. Néanmoins, le malade ne peut mettre le pied à terre.

5 juillet. Sous l'influence d'un abaissement de la

température atmosphérique, le malade a ressenti de nouveaux élancements dans la jambe, avec des secousses qu'il compare à des décharges électriques. Depuis deux jours, il souffre de névralgies faciales à gauche.

12 juillet. Amélioration considérable du côté de la face et du membre inférieur. La colonne vertébrale est maintenant presque droite, le raccourcissement à peu près nul, et la marche est possible avec une canne.

17 juillet. Le malade quitte l'hôpital absolument guéri, sans douleur, sans déformation aucune, marchant avec ses deux jambes sans boiter. Il ne lui reste que son amaigrissement de la cuisse gauche. Ajoutons que le malade n'a retiré de profit, au point de vue de son traitement, que des antispasmodiques, du valérianate d'ammoniaque en particulier.

Depuis le mois de juillet, il est rentré encore une fois dans le service, pour sa huitième attaque de sciatique, avec la même déformation et le même raccourcissement et sorti guéri au bout d'une quinzaine de jours.

M. Lamy fait suivre cette observation des réflexions suivantes : « Il est certain que cette sciatique, compliquée de névralgies cervico-brachiales, puis de névralgies faciales et accompagnée de troubles très évidents de la sensibilité, différait singulièrement de la sciatique ordinaire. D'autre part, l'attitude du sujet, provoquée par le spasme douloureux, rappelait celle de la coxalgie. Il s'agissait donc peut-être d'une coxalgie hystérique. L'hypothèse, après tout, était d'autant plus vraisemblable que le spasme était survenu après un traumatisme. Toutefois, en dehors

« des phénomènes d'hypo-esthésie consignés dans  
« l'observation, n'existaient pas de stigmates d'hystérie.  
« Peu importe d'ailleurs que l'hystérie fût ou ne fût  
« point en cause, puisque le fait important et essentiel  
« résidait dans une localisation douloureuse, avec con-  
« tracture, spasmes convulsifs, répartis sur tout le  
« territoire de distribution du grand nerf sciatique. »

#### OBSERVATION IV (résumée).

*Sciatique spasmodique avec inclinaison homologue  
du rachis, raccourcissement apparent du membre  
et élargissement apparent de la fesse.*

(H. Lamy, *Progrès méd.* 10 janvier 1891.)

V..., 35 ans, journalier, entre à l'hôpital, le 11 octobre 1890.

Antécédents héréditaires arthritiques du côté paternel.

Le malade lui-même a eu des convulsions fréquentes jusqu'à l'âge de 2 ans. A partir de 2 ans, il n'a plus présenté d'accidents nerveux; mais vers l'âge de 5 ans il a souffert du membre inférieur gauche. Des douleurs sont survenues dans la hanche et dans le genou, et il s'est mis à boiter. Il fit un séjour d'un mois et demi à l'hôpital, et y fut traité par la gouttière, puis par les douches de vapeur. La guérison fut complète, dit-il,

le membre n'était pas amaigri. Il a fait quatre ans de service militaire ; puis en 1879, il entra dans une fabrique de minium où il contracta, au bout de sept mois, des coliques de plomb qui le firent changer de métier.

En 1883, parti au Tonkin comme employé de l'Etat, il y contracta la dysenterie et les fièvres intermittentes, dont il eut une rechute à son retour en France.

C'est en 1889, au mois de mars, que débuta la maladie actuelle. Rentré en France, il se trouvait alors à Paris, et travaillait dans les égoûts, souvent exposé au froid. « Il ressentit d'abord de la *raideur* dans tout le membre inférieur gauche. « Sa jambe ne voulait pas bien ployer », dit-il. En même temps survinrent des fourmillements et des élancements à partir du bas des reins jusqu'aux pieds, ainsi que dans le pli de l'aîne. Une faiblesse croissante se manifesta ; et par moments, dit-il, *sa jambe se mettait à danser toute seule*, surtout quand il était au repos dans le lit. Peu à peu, il s'est mis à boiter et la jambe s'est raccourcie. »

Soigné à l'hôpital par le siphon et les ventouses scarifiées, il en sortit au bout de six semaines amélioré, mais boitant toujours. Depuis cette époque, il a toujours souffert, mais jamais très vivement ; la marche a toujours été possible, quoique par moments très difficile, car les douleurs s'exaspéraient aux changements de temps. Il y a un mois seulement que le malade s'est aperçu que sa cuisse maigrissait. L'affaiblissement croissant le força à entrer de nouveau à l'hôpital.

Examiné le 11 octobre 1890, le malade présente un amaigrissement considérable de la cuisse gauche *dans son ensemble*. Il y a 7 centimètres de différence dans la circonférence des deux cuisses. Pas d'atrophie de la jambe.

Les douleurs existent encore, modérées à la pression sur les principaux points du sciatique. La recherche du signe de Lassègue provoque une douleur modérée. on note encore l'existence de points douloureux sur la crête iliaque, dans le flanc gauche et au niveau du triangle de Scarpa. Le malade ressent encore quelques fourmillements dans le mollet ; mais il ne souffre pour ainsi dire pas au repos. Il n'existe pas de raideur permanente des muscles ; mais le malade raconte que son membre est encore parfois pris de *trépidations* soudaines. Les *réflexes rotuliens* sont très exaltés des deux côtés.

Pas de troubles objectifs de la sensibilité.

Raccourcissement apparent du membre inférieur gauche, qui, mesuré de la symphyse du pubis à la malléole interne, présente 2 cent.  $\frac{1}{2}$  de moins que celui du côté opposé.

Les réactions électriques des muscles sont normales, à part un léger affaiblissement de l'excitabilité faradique à gauche, surtout dans le triceps.

Le malade étant debout, on est frappé d'abord de l'élargissement apparent de la fesse du côté gauche. Le grand trochanter est légèrement porté en dehors, et le mouvement de rotation en dedans assez pénible et difficile à exécuter. Les autres mouvements des membres se

font très librement. En outre, la saillie trochantérienne est reportée en arrière et il y a aussi une légère *rotation du bassin*, dans ce sens, qui rend bien compte de l'élargissement de la région. Ajoutons que la région fessière, dans son ensemble, est atrophiée; que la dépression rétro-trochantérienne est très marquée et que le pli fessier est presque effacé.

La crête iliaque gauche est un peu plus élevée que celle du côté opposé; mais, malgré son raccourcissement apparent, le malade peut se tenir sur les deux jambes, et même sur la jambe gauche seule, sans éprouver de douleur. Si on lui fait porter le poids du corps sur la jambe droite, attitude qu'il avait dans les premiers temps de la maladie et qu'il prend encore spontanément, on voit que le talon du côté gauche ne touche pas le sol. On constate alors l'existence d'une légère courbure rachidienne dorso-lombaire dont la concavité regarde à gauche; la hauteur du flanc, de ce côté, est plus petite d'un travers de doigt que celle du côté opposé. Dans la région cervico-dorsale du rachis, il existe une courbure de compensation assez marquée. Les épaules sont à la même hauteur.

La marche s'effectue très bien, même sans canne; elle est seulement fatigante à la longue. C'est pendant la marche surtout que l'on voit apparaître nettement et le raccourcissement du membre gauche, qui occasionne une boiterie très marquée, et la scoliose qui s'exagère chaque fois que le pied gauche est détaché du sol.

Traitement : Electricité, massage de la cuisse, hydrothérapie.

21 novembre 1890. — Amélioration. La cuisse gauche a gagné un centimètre de circonférence; la marche se fait mieux mais le malade boite toujours. La déviation rachidienne persiste ainsi que l'élargissement apparent de la fesse.

OBSERVATION V (résumée).

*Néuralgie lombo-sciatique avec contracture spasmodique des muscles du membre inférieur gauche. Déformation du tronc. Inclinaison du rachis du côté malade ; par Lebon, interne des hôpitaux. France médicale, 16 janvier 1891.*

M..., charretier, 54 ans, entre le 27 octobre 1890, dans le service de M. Hayem. Antécédents héréditaires nuls. A 30 ans, variole. Pas de maladies vénériennes. Pas d'alcoolisme.

Il y a huit ans, contusion de la jambe gauche, avec hématomes volumineux.

Il y a 3 ans, contusion de la région lombaire, ayant entraîné l'application locale de pointes de feu.

Il y a un mois, le sujet fut surpris en transpiration par une pluie très froide, et resta mouillé plusieurs heures. Il eut un frisson, et ressentit une légère douleur dans la jambe gauche. Le soir même la douleur

était devenu très intense, occupant la jambe et la région lombaire. Pendant la nuit qui suivit, le malade fut tenu éveillé par des crampes très douloureuses dans le mollet gauche. Le lendemain matin, en voulant se lever, il s'aperçut qu'il lui était impossible de fléchir la jambe, et que celle-ci était en outre le siège d'un léger tremblement. Au membre inférieur gauche existait une douleur vive, et la marche était difficile. La douleur persistant, et le tremblement augmentant d'intensité et d'étendue, le malade se fit transporter à l'hôpital.

En dehors de la sciatique dont il souffre, le sujet est très bien portant.

Pupille gauche un peu plus petite que la droite. Réflexes pupillaires normaux.

Léger tic de la face, caractérisé par des mouvements de clignement accompagnés de contraction spasmodique du grand zygomatique, du côté gauche. Le sillon naso-génien est un peu plus profond à gauche.

Tremblement de toute la jambe gauche. Ce tremblement est rapide, irrégulier, à oscillations inégales. Tous les muscles de la cuisse et de la jambe y prennent part, mais les muscles, plus particulièrement affectés sont le triceps fémoral et les muscles de la région postérieure de la jambe. De temps en temps on voit se produire de légers mouvements d'extension et de flexion du pied et des orteils, et tendons extenseurs des orteils se dessinent sous la peau.

Ce tremblement s'exécute dans les mouvements de translation; il s'exagère pendant les mouvements

volontaires et lorsque le malade maintient sa jambe élevée au dessus du lit.

La jambe gauche paraît légèrement plus courte que la droite. Ce raccourcissement n'est qu'apparent, dû à l'élévation de l'épine iliaque gauche.

Le mollet gauche est notablement atrophié.

Si on engage le malade à fléchir la jambe sur la cuisse, on constate que ce mouvement de flexion est impossible. Le membre est dans l'extension forcée, et la moindre tentative de flexion du genou détermine une très vive douleur. La flexion de la cuisse sur le bassin est possible mais limitée; elle devient rapidement très douloureuse.

Douleur très intense sur tout le trajet du sciatique gauche, avec les principaux points douloureux classiques. La douleur s'étend à toute la région lombaire gauche. C'est une douleur continue, exagérée par la pression avec des paroxysmes.

Aucun trouble de la sensibilité cutanée en aucun point du corps.

Les pieds présentent quelques troubles de la vascularisation cutanée; ils sont bleuâtres et froids, le gauche surtout.

Le réflexe rotulien est exagéré à droite; la contraction empêche de le provoquer à gauche. La trépidation épileptoïde du pied fait défaut à droite. A gauche, la manœuvre pratiquée pour la produire augmente légèrement le tremblement existant.

Tel est l'état du malade examiné au lit. Debout, il ne peut se tenir qu'avec le dos d'une chaise pour point

d'appui. Tout le poids du corps porte sur la jambe droite. La jambe gauche, qui montre un raccourcissement apparent, est raide, en extension, en légère abduction et rotation en dehors. Le pied gauche ne touche le sol que par sa pointe. A gauche, le pli fessier est un peu plus élevé qu'à droite, et la fesse élargie.

Scoliose homologue : la déviation lombaire représente une courbe à concavité droite ; grâce à une courbure dorsale compensatrice, l'épaule gauche est un peu plus basse que la droite ; par contre l'épine iliaque est élevée à gauche, ce qui explique le raccourcissement apparent du membre correspondant.

Cinq semaines plus tard, la maladie était améliorée, mais les principaux symptômes persistaient.

#### OBSERVATION VI (résumée).

(Higier, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1892.

J. L..., journalier, 42 ans.

Syphilis très probable, à 30 ans.

Il y a 14 semaines, sans raison connue, survinrent des douleurs lombaires intenses, qui disparurent rapidement et furent remplacées par de vives douleurs à la jambe droite. Il y a deux mois, le corps, peu à peu, s'inclina fortement à droite et en avant.

*Etat actuel.* Douleurs surtout à la jambe. Cyphoscoliose assez accentuée, avec concavité droite au rachis lombaire, et concavité gauche au rachis cervico-dorsal. Le malade tolère toutes les attitudes, mais préfère le décubitus dorsal avec légère flexion du genou et adduction de la cuisse à droite. Tronc incliné à droite. Distance costo-iliaque : 2 centimètres à droite, 4 centimètres à gauche. Points douloureux à l'articulation sacro-iliaque droite, aux apophyses épineuses lombaires, au grand trochanter, à la tubérosité ischiatique et dans la région inguinale. Les douleurs spontanées siègent surtout à la jambe.

Sensibilité tactile affaiblie au membre inférieur droit. Aucune différence notable dans la circonférence des deux cuisses ; mais différence de 1 cent. 1/2 entre la jambe droite et la gauche. Réflexes tendineux exagérés des deux côtés.

Traitement antisypilitique.

Amélioration progressive.

La scoliose ne fut pas modifiée.

#### OBSERVATION VII (résumée).

(Higier, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1892).

M. K..., 31 ans, marchand.

Il y a 10 à 11 semaines, le malade éprouve pour la première fois une douleur sourde à l'aîne droite, avec quelques irradiations vers le genou.

Il y a 8 semaines, commence à apparaître une incurvation du tronc en avant ; celle-ci augmente de plus en plus et détermine le patient à entrer à l'hôpital.

*Etat actuel.* Douleurs assez insignifiantes dans l'aîne droite, lesquelles s'irradient de temps en temps vers la partie supérieure de la face interne de la cuisse. Douleurs à la pression en ces deux régions.

En dehors de cela, aucune douleur, ni spontanée, ni à la pression, à la jambe droite, ni à la région lombosacrée.

Le sujet étant debout, le tronc est très fortement incliné en avant et à droite ; et cette déviation ne peut être que faiblement corrigée par un effort considérable. Crête iliaque droite abaissée. L'espace costo-iliaque droit mesure à peine trois travers de doigt ; l'espace costo-iliaque gauche en mesure quatre. La main gauche pose sur le bassin ; la main droite en reste écartée. La jambe gauche, dans la station debout, est en extension normale ; la jambe droite est en légère flexion du genou et adduction. Si, le malade étant debout, on cherche à lui étendre les deux jambes, il se sent mal assuré dans son équilibre, par suite de l'inclinaison du tronc en avant ; mais il n'éprouve aucune douleur.

Atrophie notable de la cuisse et de la jambe droites.

La scoliose lombaire est « hyper compensée » et n'est pas modifiée par l'appareil de suspension.

Aucun trouble de la sensibilité cutanée ni musculaire.

Motilité conservée.

Réflexes tendineux du tendon rotulien et du tendon d'Achille exagérés également des deux côtés. Le clonus du pied, peut être provoqué des deux côtés.

### OBSERVATION

(Prise à l'hôpital international dans le service  
du D<sup>r</sup> Bilhaut).

M... Jules, âgé de 32 ans, horloger bijoutier,  
entré le 17 septembre 1894.

*État du malade au moment de son arrivée : Ses antécédents sont bons, il n'est ni tuberculeux ni syphilitique, ses antécédents héréditaires n'ont rien de particulier. Notre attention étant attirée par le malade sur la jambe gauche, nous constatons tout de suite que ce membre a subi une atrophie notable portant sur le triceps fémoral et sur les muscles de la région fessière. Le pli fessier est situé sensiblement plus bas à gauche qu'à droite.*

*Les muscles du mollet sont peu atrophiés, mais l'attitude du malade est absolument caractéristique. Il se tient constamment debout en fléchissant la cuisse sur le bassin et la jambe sur la cuisse. Cette attitude a sans doute pour but de diminuer la longueur du nerf sciatique et d'atténuer sa souffrance.*

*En outre, en mettant le sujet complètement à nu,*

on découvre du côté du rachis une scoliose dorsale à gauche, bien caractérisée. Quand le malade est debout le rachis tout entier est déjeté en totalité de droite à gauche avec l'attitude hanchée sans avoir l'épaule forte.

« La scoliose dans cette observation est croisée, « contrairement aux faits observés précédemment.

Si l'on place un fil à plomb à la septième vertèbre cervicale on voit qu'il ne tombe pas dans le sillon inter-fessier, comme à l'état normal, mais sur un point voisin du grand trochanter gauche et un peu en arrière de cette éminence,

S'il on fait asseoir le malade on voit que la déviation latérale du rachis diminue sensiblement, mais ne disparaît pas entièrement, la mensuration des deux membres inférieurs, de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole, est identiquement la même.

Ce n'est donc pas par le fait du raccourcissement du membre gauche que s'est produite la scoliose.

Enfin ce malade n'offre à la vue aucune déformation osseuse en gibbosité thoracique.

L'examen des réflexes nous fait constater à gauche une exagération des plus manifestes; à droite la réaction est normale. Nous ne découvrons pas de trépidation épileptoïde, ni les signes d'une contraction ayant accompagné des crises paroxystiques.

C'est même en raison de l'absence de ces derniers phénomènes que nous sommes amené à penser que la scoliose est restée croisée au lieu d'être devenue homologue. Tel est le cas observé par Higier avec

cette différence toutefois que son malade affirmait avoir vu sa scoliose alterner dans le paroxysme des douleurs.

Nous n'avons pu rien observer de pareil ici, mais nous avons pensé, avec raison, que cette scoliose devait quoique croisée, être la résultante de cette névralgie sciatique.

Le malade accuse en effet des douleurs dans la région fessière, dans le membre inférieur sur le trajet du nerf sciatique, du poplite externe et dans la région lombaire.

Ces douleurs qu'on exagère par la pression sont accompagnées de tension musculaire que le malade compare volontiers à des crampes. Il a commencé à les ressentir peu à peu après avoir subi une fatigue exagérée dans la jambe gauche.

Au début de son affection, il éprouvait le besoin de faire de nombreuses poses en allant à son travail et ne trouvait que peu de soulagement au lit.

Il n'a jamais eu de claudication intermittente ni de sciatique antérieurement.

Le 17 septembre, le malade subit une pulvérisation de chlorure de méthyle et doit prendre deux bains sulfureux par semaine.

Le 27 octobre, nouvelle pulvérisation de chlorure de méthyle dans la région malléolaire et derrière le grand trochanter.

Le 27 novembre, le malade se trouve mieux; ses forces renaissent, l'attitude du membre inférieur est encore vicieuse; cependant les douleurs ont presque

*disparu. Quand on fait asseoir le malade sur le bord d'une table, la scoliose disparaît aussi complètement que possible.*

*Nous avons revu le malade depuis ce temps et si sa scoliose persiste encore, son état est bien amélioré.*

Cette observation que nous tenions à publier offre quelque chose en apparence de contradictoire avec le symptôme habituel et consécutif à la sciatique spasmodique, la scoliose homologue. Elle est ici croisée.

Nous n'osons affirmer en effet qu'elle doit toujours être homologue, surtout quand la contraction des muscles du flanc fait défaut ou est peu prononcée. Le malade dans ce cas ne place-t-il pas sa verticale de gravité abstraction faite de la douleur ?

---

## CONCLUSIONS

---

La sciatique, qu'elle revête le type de névralgie ou le type de névrite, peut s'accompagner de spasmes douloureux ou de véritables contractures. « Le plus souvent, ces contractures n'occupent qu'un petit nombre des muscles innervés par le sciatique; elles peuvent cependant envahir tout le territoire de ce nerf, et même s'étendre à certains muscles du plexus lombaire, comme la douleur elle-même. » (Brissaud).

D'une façon générale, les sciatiques non spasmodiques entraînent, lorsqu'elles déterminent une déviation latérale du rachis, une scoliose croisée, les sciatiques spasmodiques provoquent, au contraire, une scoliose homologue et cela *grâce à la* contracture des muscles du flanc du côté malade.

Cette double règle comporte toutefois des exceptions.

Il en résulte dans le sciatique spasmodique avec scoliose homologue, une diminution de l'espace costo-iliaque du côté malade, fait plus facile à apprécier que la déviation rachidienne.

Les symptômes spasmodiques supposent l'intervention de la moelle dans le processus pathogénique.

Le diagnostic devra se faire avec la compression médullaire, et surtout avec la coxalgie hystérique. On devra songer à la possibilité d'une sciatique de nature hystérique.

Le type spasmodique semble appartenir plutôt aux formes graves de la sciatique.

Le traitement comporte l'emploi des anti-spasmodiques associés à la médication usuelle de la sciatique vulgaire.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

Sur la sciatique, voyez les articles récents de Hallion (*Traité de médecine*, t. VI), Grasset et Rouzier (*Traité des mal. du syst. nerv.*, 4<sup>e</sup> édition, 1894, t. II).

Travaux spécialement utilisés dans ce travail :

*Valleix*. — Traité des névralgies.

*Brissaud*. — Archives de neurologie, janvier 1890.

*H. Lamy*. — Progrès médical, 10 janvier 1891, et  
Revue d'orthop., 1891.

*Lebon*. — France médicale, 1891.

*Higier*. — Deutsche med. Wochenschrift, 1892.

*Remak*. — Ibid.

*Achard et Soupault*. — Gaz. des hôpitaux, 21 juillet  
1892.

---

Vu : par le Président,  
FOURNIER.

Vu : le Doyen,  
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :  
GRÉARD.

---

Paris. — Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.





